

REPORTE SOBRE CAMBIOS EN EL GRUPO PARA FINES DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA (DFA 377.5)

INSTRUCCIONES:

Tiene que reportar cambios antes de que pasen 10 días a partir de la fecha en que se entere de cualquier cambio. Puede reportar cambios en persona, usando este formulario, o llamando al número de teléfono que aparece a continuación. Si usa este formulario, complete solamente las secciones que aplican a los cambios que está reportando. Si tiene alguna pregunta acerca de cuáles cambios tiene que reportar, comuníquese con su trabajador.

Trabajador:

Teléfono:

1 CAMBIOS EN LOS INGRESOS

- A. ¿Cambió la fuente de ingresos no ganados de su grupo para fines de estampillas para comida (de aquí en adelante "grupo"), o aumentó o bajó más de \$50 la cantidad de ingresos no ganados que recibió? Por ejemplo: el mes pasado recibió \$250.00 y este mes recibió \$301.00. Si su respuesta es "Sí", complete la sección 1C a continuación. Sí No
- B. ¿Cambió la fuente de ingresos ganados de algún miembro de su grupo o aumentó o bajó más de \$100 la cantidad de ingresos ganados que recibió? Si su respuesta es "Sí", complete la sección 1C a continuación. Sí No
- C. Si su respuesta fue "Sí" en 1A ó 1B arriba, anote todos los ingresos de su grupo. Adjunte talones de los cheques de pago u otra prueba de sus ingresos ganados. Para todos los otros ingresos, adjunte pruebas cuando se reporte un cambio. Si alguna persona trabaja por cuenta propia, anote los gastos del negocio en una hoja por separado y adjunte pruebas de los ingresos y de los gastos.

Nombre	Fuente (si son ingresos ganados, anote el nombre del empleador)	Cantidad (antes de las deducciones)	¿Con qué frecuencia se recibieron?	Fecha del cambio

2 CAMBIOS RELACIONADOS CON LAS PERSONAS QUE FORMAN PARTE DEL GRUPO

Cambio	SI	Fecha del cambio	Si marcó "SI", anote el nombre de la persona y la relación/parentesco, y explique el cambio.
A. ¿Vino a vivir en su hogar alguna persona, incluyendo a los recién nacidos?			
B. ¿Se fue de su hogar o murió alguna persona?			
C. ¿Se fue usted a vivir con otra persona?			
D. ¿Se casó alguna persona?			
E. ¿Se incapacitó alguna persona o se recuperó de una incapacidad?			
F. ¿Cumplió 60 años de edad alguna persona?			
G. ¿Recibió alguna persona un nuevo número de Seguro Social?* Si la respuesta es "SI", adjunte pruebas.			

3 CAMBIOS EN LOS RECURSOS

- A. ¿Alguna persona compró o adquirió un vehículo con licencia? Si la respuesta es "SI", complete a SI

Dueño del vehículo	Año y clase	Marca y modelo	Valor aproximado	Cantidad que se debe
			\$	\$

- B. ¿Alcanzaron o excedieron un total de \$2000 el dinero en efectivo, dinero en una cuenta de cheques y/o ahorros, acciones, bonos, etc. del grupo o un total de \$3000 para un grupo con un miembro que está incapacitado/discapacitado o que tiene 60 años de edad o más? Si la respuesta es "SI", complete la sección a continuación: SI

Anote cada uno	Cantidad	Fecha del cambio
	\$	
	\$	
	\$	

4 GASTOS MEDICOS (PARA UN MIEMBRO DEL GRUPO QUE ESTA INCAPACITADO/DISCAPACITADO O QUE TIENE 60 AÑOS DE EDAD O MAS)

¿Algún miembro del grupo que está incapacitado/discapacitado o que tiene 60 años de edad o más tiene que reportar gastos médicos nuevos, o un cambio en estos de más de \$25? Si la respuesta es "SI", puede reportar estos gastos y una vez que se verifiquen, pudieran aumentar su asignación. Adjunte pruebas y complete a continuación: SI

¿Quién tuvo el gasto?	Clase de gasto	Cantidad	¿Quién tuvo el gasto?	Clase de gasto	Cantidad

5 EMPLEO/ENTRENAMIENTO

- A. ¿Alguien empezó, dejó, renunció, rechazó un trabajo o entrenamiento, cambió la cantidad de horas de trabajo o entrenamiento, o se puso en huelga? Si la respuesta es "SI", complete 5(B) a continuación y llame inmediatamente a su trabajador social. SI

B. Nombre de la persona(s)	Parentesco/Relación con usted	Explique lo que sucedió	Fecha del cambio

* La Sección 2025E del Código de los Estados Unidos Número 7 (7 U.S. Code Section 2025E) requiere que se proporcione el número de Seguro Social (SSN). Cualquier persona que se niegue a proporcionar un SSN será descalificada para recibir estampillas para comida. Los SSN se usarán para verificar la identidad, prevenir la participación doble, y verificar la elegibilidad y beneficios. Los SSN se usarán para llevar a cabo una comparación por medio de computadora y para verificar los ingresos y recursos con los expedientes de impuestos, asistencia pública, empleo, la Administración del Seguro Social, y otras oficinas/agencias. Las diferencias se verificarán con los empleadores, bancos, u otros. Es posible que la participación fraudulenta en el Programa de Estampillas para Comida resulte en una acción criminal o civil, o en reclamos administrativos.

6 CAMBIOS DE DIRECCION Y EN EL COSTO DE VIVIENDA

- A. ¿Tiene usted una nueva dirección para el correo o un número de teléfono nuevo, o se piensa mudar? Si la respuesta es "SI" complete 6C, 6D, y 6E. SI
- B. ¿Se mudó usted? Si la respuesta es "SI" complete 6C, 6D, y 6E. SI
- C. ¿Vive alguien más en este domicilio? Si la respuesta es "SI", anote el nombre(s) y el parentesco/relación: _____ SI
- D. Anote su nuevo domicilio y/o número de teléfono a continuación y la fecha del cambio aquí: _____

Domicilio (número y calle)			Dirección para el correo (si es diferente) (número y calle)		
Ciudad	Código postal	Teléfono (en casa)	Ciudad	Código postal	Teléfono (mensajes)

- E. ¿Cambiaron sus gastos de vivienda o de servicios públicos y municipales cuando se mudó? Si la respuesta es "SI", complete 1, 2, y 3 a continuación: SI

Es posible que se le pida que presente pruebas de sus nuevos gastos de vivienda.

1. Anote la cantidad de cada uno de los gastos de vivienda que tiene. →

2. Si está declarando los gastos verdaderos de los servicios públicos y municipales, anote cada uno de estos gastos que tiene. →

Si declara la cantidad normal permitida para servicios públicos y municipales (SUA), anote la cantidad que paga para el gas, electricidad, u otro combustible para calefacción.

Renta o hipoteca: \$		Impuestos sobre la propiedad o seguro: \$ (si no se incluyen en la hipoteca)	
Servicio	Cantidad	Servicio	Cantidad
Gas o combustible	\$	Basura o desechos	\$
Electricidad	\$	Agua	\$
Teléfono	\$	Alcantarillado	\$
Instalación del servicio	\$	Otro (especifique)	\$

3. ¿Alguna persona que no es parte de su grupo le ayudó a pagar cualquiera de sus gastos de vivienda o servicios públicos y municipales? Si la respuesta es "SI", complete 3a, 3b, y 3c. SI

a. Anote el total de gastos de vivienda que el grupo pagó: \$ _____

c. Anote el nombre de cada persona que pagó cualquiera de los gastos, e indique si pagó gastos de vivienda y/o servicios públicos y municipales:

b. Anote el total de gastos de servicios públicos y municipales que el grupo pagó: \$ _____

7 CAMBIOS EN LOS GASTOS PARA EL CUIDADO DE PERSONAS AL CARGO DE USTED

Para que alguna persona en el hogar pudiera ir a trabajar, ir a entrenamiento, o ir a buscar trabajo, ¿empezó a tener gastos o ha habido un cambio en la cantidad de gastos para el cuidado de un niño u otra persona al cargo de usted? SI

Si la respuesta es "SI", complete la sección a continuación y adjunte un recibo.

¿Quién recibió el cuidado?	Costo del cuidado	¿Por qué se necesitaba el cuidado?	¿Quién recibió el cuidado?	Costo del cuidado	¿Por qué se necesitaba el cuidado?
1.			2.		

8 MANTENIMIENTO DE HIJOS QUE PAGO EL GRUPO

¿Algún miembro del grupo pagó mantenimiento de hijos que por ley estaba obligado a pagar para niños que no viven en el hogar o con el grupo? Adjunte pruebas de la orden de la corte o una orden administrativa que indique el requisito de pagar mantenimiento de hijos y anote la cantidad que se pagó. Si ha habido un cambio en la cantidad que por ley tiene que pagar, adjunte pruebas del cambio. SI

¿QUIEN PAGO EL MANTENIMIENTO DE HIJOS?	¿A QUIEN SE LO PAGO?	CANTIDAD QUE SE PAGO	FECHA EN QUE SE PAGO

9 PERSONAS DESCALIFICADAS/INMIGRANTES QUE NO SON ELEGIBLES

¿Tuvo alguno de los cambios descritos en las preguntas 1 - 7 alguna persona que vive en su hogar que es un inmigrante que no es elegible o que está descalificada del Programa de Estampillas para Comida? SI

Si la respuesta es "SI", anote el nombre de la persona y la fecha del cambio, y explique el cambio:

10 Desde su último reporte, ¿alguna persona en su hogar ha estado evadiendo o huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento, encarcelamiento, o encierro después de haber sido encontrada culpable de un delito mayor (felony), o ha estado en violación de la libertad condicional (probation o parole)? Si la respuesta es "SI", anote el nombre de la persona: SI NO

11 Desde su último reporte, ¿alguna persona en su hogar ha sido encontrada culpable de algún delito mayor relacionado con las drogas, por posesión, uso, o distribución de substancias controladas? SI NO

NOMBRE	PARENTESCO/RELACIÓN CON USTED	FECHA EN QUE SE COMETIO EL DELITO RELACIONADO A DROGAS	FECHA EN QUE SE LE DECLARO CULPABLE DE HABER COMETIDO UN DELITO MAYOR	LA CONDENA FUE POR: <input type="checkbox"/> DISTRIBUCION <input type="checkbox"/> POSESION <input type="checkbox"/> USO <input type="checkbox"/> OTRO (EXPLIQUE)
--------	-------------------------------	--	---	---

12 OTROS CAMBIOS/CAMBIOS TEMPORALES

¿Tiene algún otro cambio que reportar o piensa que los cambios en 1 - 7 son temporales? SI

Si la respuesta es "SI", explique:

CERTIFICACION

- Entiendo que el no reportar información o el falsificar hechos intencionalmente puede resultar en enjuiciamiento legal con sanciones de una multa, encarcelamiento, o ambas cosas. Las sanciones pueden resultar en descalificación del Programa, multas de hasta \$250,000 y encarcelamiento hasta por 20 años. Las sanciones de descalificación son 12 meses por la primera violación, 24 meses por la segunda violación, y descalificación permanente por la tercera violación.
- Entiendo que tengo solamente 10 días para avisarle a mi trabajador acerca de cambios en mi grupo.
- Entiendo que la información que he reportado se comparará y verificará por el personal del gobierno local, estatal y federal.
- Entiendo que es posible que se le pida al grupo, a cualquier miembro adulto (aun si esa persona se va del hogar), al patrocinador de un inmigrante que es miembro del grupo, o al representante autorizado de residentes de una institución que es elegible, que reembolse los beneficios extra que el grupo no debió haber recibido, aun si es la culpa del Condado.
- Entiendo que tengo derecho a pedir una audiencia con el Estado sobre cualquier acción del departamento de bienestar público del condado.
- Declaro que la información que contiene este reporte es verdadera, correcta, y completa.

FIRMA (MIEMBRO DEL GRUPO PARA FINES DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA O REPRESENTANTE AUTORIZADO)	FECHA
FIRMA (TESTIGO QUE PRESENCIO LA MARCA SI USTED FIRMO CON UNA "X")	FECHA